

Opplæring i systematisk observasjon (ALERT) i kommunehelsetjenesten og betydningen for jobbtilfredshet

Anita Sletner

Sykepleier

Fredrikstad korttidssenter, Fredrikstad kommune

Liv Halvorsrud

Professor

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid, Fakultet for helsevitenskap, OsloMet – storbyuniversitetet

Observasjonsverktøy

Helsepersonell

Jobbtilfredshet

Kommunehelsetjenesten

Tverrsnittsstudie

Sykepleien Forskning 2020 15 (80410) (e-80410)

DOI: 10.4220/Sykepleienf.2020.80410

Sammendrag

Bakgrunn: Samhandlingsreformen har medført at kommunehelsetjenesten tar imot pasienter i en tidligere sykdomsfase enn de gjorde før og med et mer komplekst pleie- og observasjonsbehov. Det skaper et økt kompetansebehov i kommunehelsetjenesten, slik at helsearbeidere tidlig kan oppdage tegn på forverret tilstand og begrense en utvikling av akutt kritisk sykdom. Opplæring som gir økt kompetanse, kan bidra til god jobbtilfredshet blant helsearbeidere. Flere norske kommuner benytter undervisningskonseptet Acute, Life-threatening Events, Recognition and Treatment (ALERT) for å lære opp helsearbeidere i strukturert observasjon og kommunikasjon.

Hensikt: Hensikten med denne studien var å undersøke kommunale helsearbeideres erfaringer med å bruke observasjonsverktøyet Modified Early Warning Score (MEWS) etter at de hadde blitt undervist i ALERT og sammenhengen mellom disse erfaringene og jobbtilfredsheten.

Metode: Studien er en tverrsnittsstudie, der helsearbeidere fra seks sykehjem og sju distrikter i hjemmesykepleien i en kommune på Østlandet fikk utlevert et spørreskjema. Vi utførte beskrivende statistikk med frekvenser samt krysstabeller med spørsmål om hvilke erfaringer de hadde med å få opplæring i hvordan de skulle bruke observasjonsverktøyet MEWS og de sosiodemografiske variablene «utdanning», «arbeidssted» og «erfaring». Videre foretok vi lineær regresjonsanalyse for å undersøke om erfaringene etter opplæringen kunne ha sammenheng med jobbtilfredshet.

Resultater: Helsearbeiderne i studien oppga at ALERT var et nyttig tiltak i kompetanseutviklingen. Over 70 prosent rapporterte at opplæringen i og bruken av MEWS bidro til bedre kunnskap, økt trygghet ved observasjon, mer bevissthet om kritisk syke, trygghet med å prioritere tiltak, mer faglig trygghet og struktur i samarbeid med andre. Helsearbeiderne rapporterte videre en høy jobbtilfredshet, og det kan med forsiktighet antydes at kompetansehevingstiltaket kan ha en sammenheng med dette.

Konklusjon: Helsearbeiderne i kommunehelsetjenesten erfarte at ALERT var nyttig som kompetansehevingstiltak. Flere kommuner bør benytte dette tiltaket, slik at man kan kvalitetssikre observasjoner og effektivt snakke samme språk på tvers av behandlingsnivåer i alle leddene i helsetjenesten. Det kan bidra til god pasientflyt og en mer sammenhengende helsetjeneste.

Samhandlingsreformen (1) har som visjon at blant annet liggedøgn på sykehuset skal reduseres, og at pasienter skal få et bredere behandlingstilbud i kommunehelsetjenesten.

Reformen har medført at sykere pasienter skrives ut tidligere til kommunehelsetjenesten enn før, at risikoen for mangelfull pasientinformasjon ved overføring mellom helsenivåene er større (2, 3), og at det dermed er fare for kvalitetsbrist i behandlingen av pasienter.

I dette bildet er det nødvendig med god kompetanse i helsetjenesten (2–5) for å bidra til bedre kvalitet i behandlingen. En kvalitetsforbedring er at helsearbeidere har kompetanse til å oppdage tegn på forverret tilstand på et tidlig tidspunkt, slik at utviklingen av akutt, kritisk sykdom kan begrenses.

Tilstrekkelig kompetanse kan også bidra til høy jobbtilfredshet (6), som igjen er dokumentert å ha sammenheng med god kvalitet i tjenesten (7).

ALERT

Strukturert opplæring i bruk av standardiserte observasjonsverktøy kan bidra til å avdekke en tilstandsförverring hos pasienter på et tidlig tidspunkt og dermed forhindre sykehusinnleggelse (8, 9–13).

Acute, Life-threatening Events, Recognition and Treatment (ALERT) er et undervisningskonsept som vektlegger slike observasjonsverktøy (14). Det er utviklet for at helsearbeidere med ulik erfaring skal lære å observere på en systematisk måte, prioritere tiltak og gi rett behandling når pasientens tilstand forverres.

MEWS

En godkjent instruktør leder dette lisensbelagte kurset i teori og simulering. Konseptet benytter observasjonsverktøyet Modified Early Warning Score (MEWS). MEWS bygger på en algoritme knyttet til Air, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE).

Observasjonene gir en totalskår på MEWS avhengig av hvor avvikende respirasjonsfrekvensen, pulsen, det systoliske blodtrykket, temperaturen og bevissthetsnivået er fra det normale. Skåren indikerer pasientens tilstand og hvor raskt legen eller et høyere behandlingsnivå må kontaktes.

ALERT-konseptet gir også opplæring i det systematiske kommunikasjonsverktøyet Identifisering, Situasjonsbeskrivelse, Bakgrunn, Aktuell tilstand og Rådföring (ISBAR) (8, 15). Hensikten med ISBAR er å sikre en tydelig og effektiv kommunikasjon mellom helsearbeidere i kritiske situasjoner.

Helsearbeideres jobbtfredshet

Hvis helsearbeidere ikke har mulighet til kompetanseutvikling, påvirkes jobbtfredsheten (16, 17). Dermed øker faren for dårligere kvalitet i kommunehelsetjenesten ettersom manglende jobbtfredshet kan påvirke rekruttering og stabilitet blant helsearbeiderne.

Litteraturstudier og enkeltstudier viser at jobbtfredsheten blant helsearbeidere kan ha sammenheng med at de har mulighet til å utføre et godt faglig pasientrettet arbeid, ta faglige beslutninger, ha et godt samarbeid med andre profesjoner og ha et godt kollegafellesskap.

Jobbtilfredsheten påvirkes også av at de har mulighet og frihet til å bruke sine ferdigheter, ha faglig frihet i arbeidet og ikke minst ha gode arbeidsvilkår (18–20).

Studiens hensikt og forskningsspørsmål

Oppsummert viser litteraturen at samhandlingsreformen har medført endringer og et behov for opplæring i systematiske observasjonsverktøy i kommunehelsetjenesten, både for å ivareta stadig sykere pasienter og for å bidra til at helsearbeidere har et godt engasjement og en høy tilfredshet i jobben.

Det var derfor interessant å undersøke helsearbeidernes erfaringer etter ALERT-opplæring. Videre ville vi undersøke sammenhengen mellom denne erfaringen og jobbtilfredsheten. I studien undersøkte vi derfor følgende:

1. Hvilke erfaringer rapporterer helsearbeidere i kommunehelsetjenesten at de har med å bruke det systematiske observasjonsverktøyet MEWS etter at de har fått opplæring i ALERT, sett i sammenheng med hvilken utdanning og arbeidserfaring de har, samt hvilket arbeidssted?
2. Hvordan er sammenhengen mellom erfaringen med systematisk observasjon etter at de fikk opplæring i ALERT, og jobbtilfredsheten blant helsearbeidere i kommunehelsetjenesten?

Metode

Design

Denne tverrsnittstudien var en del av et evalueringsprosjekt i tre kommuner på Østlandet som undersøkte erfaringer etter at helsearbeiderne ble opplært til å bruke observasjonsverktøyet MEWS. Denne kvantitative tverrsnittstudien ble utført i én av disse kommune.

Utvalg

Inkluderingskriteriene for spørreskjemaundersøkelsen ble utarbeidet i samarbeid med representanter fra evalueringsprosjektet og en kontaktperson i den aktuelle kommunen.

Alle sykepleiere, vernepleiere, studenter, helsefagarbeidere, ledere og assistenter som deltok under hele opplæringsprogrammet, og som jobbet i hjemmesykepleien eller på sykehjem i den aktuelle kommunen, ble inkludert.

Vi ønsket å undersøke alle de ansattes erfaringer, da kompetansehevingstiltaket hadde som formål å kvalitetssikre observasjoner som ble utført av alle helsearbeidere som var i kontakt med pasienter eller brukere, uavhengig av utdanning.

Vi sendte en forespørsel på e-post til lederne deres via en kontaktperson. Tjenestelederne fikk laminerte plakater med informasjon om studien og førsteforfatterens kontaktinformasjon. Tjenestelederne i hjemmetjenesten ble også informert av førsteforfatteren på et tjenesteledermøte i forkant av studien. Det var ikke mulig å få til et slikt møte med de tilsvarende lederne for sykehjemmene, men de fikk den samme informasjonen per telefon og e-post.

En forespørsel ble sendt ut til ni sykehjem, sju distrikter i hjemmetjenesten og den kommunale legevakten. Tre sykehjem hadde ikke mulighet til å delta. Legevakten ønsket å delta, men trakk seg underveis på grunn av bemanningsutfordringer på ledernivå.

Førsteforfatteren leverte personlig spørreskjemapakker (spørreskjema og svarkonvolutt) til den lokale kontaktpersonen (utpekt av tjenestelederne), som fikk ansvaret for å levere ut, purre og samle inn spørreskjemaene. Kontaktpersonene ble også informert per e-post om prosedyren for datasamlingen.

Spørreskjemaer ble sendt ut til 419 personer hvorav 249 svarte (svarrespons 59 prosent). Tre besvarelser ble forkastet, én på grunn av svært mangelfull utfylling, og to fordi de ikke hadde deltatt på kurs.

Spørreskjema

Spørreskjemapakken besto av spørsmål om jobbtilfredshet, Job Satisfaction Scale (JSS) (21), spørsmål om ALERT samt sosiodemografiske spørsmål.

JSS inneholder ti spørsmål knyttet til forhold på arbeidsplassen, som ansvar, variasjon, forholdet til kolleger, fysisk arbeidsmiljø, mulighet til å bruke egne evner i jobben, total jobbtilfredshet, generell fornøydhets med jobben, frihet til å velge egne arbeidsmetoder, anerkjennelse, lønn og arbeidstid.

Spørsmålene besvares på en skala fra 1, svært misfornøyd, til 7, svært fornøyd (21). Total jobbtilfredshet beregnes av gjennomsnittsskåren av alle 10 spørsmålene. I denne studien er Cronbachs alfa på 0,90.

Vi benyttet et spørreskjema utviklet i pilotprosjektet «På Alerten» (22) til å undersøke ansattes erfaringer etter ALERT-kurs. Noen av spørsmålenes ordlyd ble, med tillatelse fra utvikleren, revidert i samarbeid med evalueringsprosjektets representanter. Videre la vi til flere spørsmål om sosiodemografi og arbeidsforhold.

Spørreskjemaet inneholdt tre åpne og 18 lukkede spørsmål om helsearbeidernes erfaringer etter ALERT-kurs og deres rammebetingelser på arbeidsplassen. Det ble benyttet en skala fra 1, helt uenig, til 5, helt enig, på de lukkede spørsmålene.

I tillegg var det åtte spørsmål om sosiodemografi, som kjønn, alder, sivilstatus, utdanning, videreutdanning, antall års erfaring i yrket, arbeidssted og stillingsprosent.

I forkant av analysene ble spørsmålene om ALERT delt inn i to kategorier: spørsmål om «erfaringer med ALERT (bruk av MEWS og ISBAR)» og «rammebetingelser (rutiner og behandlingsrettede tiltak)». Førstnevnte kategori inneholdt spørsmål om direkte erfaringer med MEWS og ISBAR.

Sistnevnte kategori inneholdt spørsmål om rutiner og tiltak som var knyttet til rammebetingelser på den enkeltes arbeidsplass. Inndeling i kategorier ble gjort etter nøye overveielse av forfatterne på bakgrunn av litteratur og førsteforfatters erfaring med ALERT.

I denne studien rapporterer vi kun resultater fra spørsmålene i kategorien «erfaringer med ALERT».

Analyse

Programvaren Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 23 ble brukt til statistiske analyser (IBM SPSS Statistics) (23). Vi benyttet beskrivende statistikk (frekvenser) for å beskrive utvalget og fordelingen av svarene i ALERT-spørsmålene (tabell 1 og 2).

Tabell 1. Beskrivelse av utvalget (n (%))

Kjønn (n = 246)	Kvinne 196 (80)	Mann 50 (20)	
Alder i år (n = 246)	mindre enn 20–39 91 (37)	40–49 67 (27)	50 og over 88 (36)
Sivilstatus (n = 245)	Partner 177 (72)	Ikke partner 68 (28)	
Utdannelse (n = 246)	Bachelorgrad* 121/1 (50)	Ikke bachelorgrad** 114/10 (50)	
Videreutdanning (n = 235)	Ja 59 (24)	Nei 176 (72)	
Antall år med erfaring i yrket (n = 246)	mindre enn 1–4 49 (20)	5–14 96 (39)	15 og over 101 (41)
Arbeidssted (n = 246)	Hjemmesykepleien 188 (76)	Sykehjem 58 (24)	
Stillingsprosent (n = 246)	mindre enn 50 11 (4)	50–79 33 (13)	80–100 202 (82)

*Sykepleier/vernepleier

**Helsefagarbeider/ufaglært

Tabell 2. Erfaringer etter ALERT-kurs

Erfaringer med å bruke MEWS og ISBAR etter ALERT-kurs	Frekvenser	Krysstabeller (signifikante ulikheter*)		
	Antall enige / n (%)	Utd.	Arb.sted	Erfaring
1. ALERT-kurset har bidratt til at jeg har et økt fokus på å observere pasienter med kritisk/akutt sykdom (n = 246)	189 (77)			
2. ALERT-kurset har bidratt til at jeg har fått økt kunnskap i vurdering og observasjon av pasienter (n = 246)	201 (82)			
3. ALERT-kurset har bidratt til at jeg er mer bevisst på hvem som er risikopasienten hos oss (n = 246)	184 (75)			
4. Etter ALERT-kurset benytter jeg systematisk pasientobservasjon basert på ABCDE-prinsippet (n = 246)	195 (79)			
5. ALERT-kurset har bidratt til at jeg gjør andre/flere observasjoner nå enn tidligere (n = 246)	172 (70)	0,001		
6. ALERT-kurset har gjort meg tryggere til å prioritere tiltak i møte med kritisk syke pasienter (n = 246)	185 (75)		0,042	0,009
7. MEWS bidrar til at jeg raskere kan fange opp endringer i pasientens tilstand (n = 246)	207 (84)		0,039	
8. ALERT-kurset har bidratt til økt bruk av «akuttskjema» (n = 244)	136 (55)			0,016
9. ALERT-kurset har bidratt til at jeg oftere spør legen om å vurdere og avklare videre behandling av pasienten (n = 237)	124 (50)		0,023	
10. ALERT-kurset har bidratt til at jeg har økt faglig trygghet når lege kontaktes (n = 240)	186 (76)			
11. ALERT-kurset har bidratt til flere faglige diskusjoner på min arbeidsplass (n = 246)	125 (51)			
12. ISBAR har bidratt til at jeg er mer strukturert når jeg kontakter legen eller ringer ansvarlig sykepleier (n = 246)	183 (75)			

Tabellen skisserer antallet som angir at de er «helt enig» og «noe enig» i påstandene. De resterende har svart enten «verken enig eller uenig», «noe uenig» eller «helt uenig». *Viser hvilke påstander som er signifikant ulike basert på utdanning, arbeidssted eller erfaring. P-verdi på 0,05 eller mindre.

Videre utførte vi kjiqvadrattest i krysstabeller på ALERT-spørsmålene for å avdekke forskjeller etter arbeidssted, utdanning og erfaring (tabell 2). Signifikansnivået ble satt til 0,05. Regresjonsanalyser ble benyttet for å undersøke hvor mye av variansen i jobbtilfredshet (avhengig variabel) som kan forklares av erfaringer etter opplæring i ALERT, kontrollert for kjønn, utdanning, arbeidssted og antall års yrkeserfaring.

Vi gjennomførte univariate regresjonsanalyser på alle de inkluderte variablene fra ALERT og de sosiodemografiske variablene som det ble kontrollert for. Kun de variablene som var signifikante, fra hver av de univariate regresjonsanalysene (tabell 3), ble benyttet videre i den lineære, multiple regresjonsmodellen med sumskår av JSS som avhengig variabel (tabell 3).

Tabell 3. Univariat og multivariat regresjonsanalyse av spørsmål om MEWS og ISBAR

	Univariate analyser				Multivariate analyser n = 231)		
	B	SE	R2	p-verdi	B	SE	p-verdi
Økt oppmerksomhet på observasjon (n = 242)	0,149	0,063	0,023	0,018*	-0,046	0,110	0,676
Økt kunnskap (n = 242)	0,225	0,063	0,051	0,000*	0,185	0,113	0,104
Bevisst på risikopasienten (n = 242)	0,099	0,063	0,010	0,118			
Observerer etter ABCDE (n = 242)	0,101	0,063	0,011	0,107			
Gjør andre/flere observasjoner (n = 242)	0,125	0,057	0,020	0,028*	-0,070	0,086	0,420
Tryggere i prioritering av tiltak (n = 242)	0,153	0,060	0,026	0,011*	-0,139	0,097	0,153
MEWS fanger raskt opp endringer (n = 242)	0,290	0,067	0,072	0,000*	0,148	0,098	0,132
Økt bruk av akutt skjema (n = 240)	0,100	0,048	0,018	0,039*	-0,007	0,066	0,921
Spør legen oftere (n = 233)	0,131	0,056	0,023	0,021*	0,023	0,068	0,739
Økt faglig trygghet i legesamtale (n = 236)	0,203	0,062	0,044	0,001*	0,084	0,091	0,354
Flere faglige diskusjoner (n = 242)	0,225	0,054	0,066	0,000*	0,214	0,078	0,007*
ISBAR og struktur i samtale (n = 242)	-0,161	0,056	0,033	0,004*	-0,026	0,083	0,758

Sumskår av jobbtillfredshet (JSS) er avhengig variabel.

I tabellen indikerer den ustandardiserte regresjonskoeffisienten B hvor mye den avhengige variabelen varierer med en uavhengig variabel, når alle andre uavhengige variabler holdes konstant (24). Forklart varians (R²) viser hvor stor forklaringskraft en modell har, samtidig angir R² hvor stor del av variansen i den avhengige variabelen som kan forklares med de uavhengige variablene.

Etiske overveielser

Helsearbeiderne i studien ble informert om studiens formål og frivillig deltakelse. Ved å svare på spørreskjemaene samtykket de til å delta. Besvarelsene er anonyme og ble makulert eller slettet ved studiens slutt, og resultatet ble presentert slik at helsearbeiderne beholdt sin anonymitet.

Studien ble meldt til personvernombudet i Norsk senter for forskningsdata (NSD) med prosjektnummer 46682.

Førsteforfatteren punchet alle dataene inn i SPSS, og alle skjemaene ble kontrollert av en kollega.

Resultater

Karakteristikk av utvalget

Utvalget besto i hovedsak av kvinner (tabell 1).

Aldersgruppene under 40 år og over 50 år utgjorde hver for seg i overkant av én tredjedel av utvalget.

Halvparten av utvalget hadde bachelorutdanning eller høyere, fire femtedeler hadde fem års erfaring eller mer, de fleste hadde en stillingsstørrelse på 80 prosent eller mer, og om lag tre fjerdedeler arbeidet i hjemmesykepleien.

Helsearbeidere rapporterte å være i overkant middels tilfredse med jobben med et gjennomsnitt på 5,19 (varierte fra 2 til 7) på JSS (n = 242).

Erfaringer etter ALERT-kurs

Mer enn halvparten av helsearbeiderne oppga at ALERT-opplæringen hadde bidratt til bedre kunnskap, faglig trygghet, økt trygghet ved observasjon og bevissthet om kritisk syke (tabell 2). På ni av tolv spørsmål rapporterte 70 prosent eller mer om mer bruk av systematisk observasjonsverktøy, andre eller flere observasjoner og større trygghet i prioriteringen av tiltak.

De rapporterte også at flere endringer hos pasienten ble fanget opp raskere, og at ISBAR bidro til en mer strukturert kontakt med andre helsearbeidere. Resultatene viser signifikante ulikheter i erfaringene med ALERT når det gjelder utdanning, antall års erfaring og arbeidssted.

Studien viser at helsearbeidere uten bachelorutdanning i signifikant større grad enn de med bachelorutdanning gjør andre og flere observasjoner enn de gjorde før opplæringen ($p = 0,001$) (spørsmål nr. 5).

Videre rapporterte helsearbeidere med lavere arbeidserfaring at ALERT-opplæringen hadde bidratt til større trygghet ved tiltaksprioritering ($p = 0,009$) (spørsmål nr. 6) og økt bruk av akutt skjema ($p = 0,016$) (spørsmål nr. 8).

Når det gjelder arbeidssted, rapporterte helsearbeidere på sykehjem i signifikant større grad enn helsearbeidere i hjemmesykepleien at de fikk større trygghet i tiltaksprioriteringen ($p = 0,042$) (spørsmål nr. 6), at MEWS fanget opp endringer ($p = 0,039$) (spørsmål nr. 7), samt at de i signifikant større grad spurte legen om videre avklaring og behandling ($p = 0,023$) (spørsmål nr. 9).

Sammenhengen mellom jobbtilfredshet og opplæring i ALERT

I univariate regresjonsanalyser med jobbtilfredshet (avhengig variabel) og de sosiodemografiske variablene var kun utdanning signifikant. Den multivariate regresjonsanalysen i tabell 3 viste at spørsmålet om flere faglige diskusjoner på arbeidsplassen ($B = 0,214$) hadde signifikant sammenheng med total jobbtilfredshet.

Den multivariate regresjonsanalysen av spørsmål om MEWS og ISBAR viste at kun variablene «faglige diskusjoner på arbeidsplassen» og «utdanning» hadde en signifikant påvirkning på jobbtilfredshet. «Utdanning» hadde sterkest påvirkning ($B = 0,300$), og modellen forklarer 13 prosent av variansen.

Diskusjon

Hovedfunnene i studien viser at helsearbeiderne erfarte at de hadde fått mer kunnskap, større trygghet, et bredere observasjonsspekter og økt bevissthet om hvor viktig det er med tidlig kartlegging og tydelig kommunikasjon i situasjoner med kritisk syke pasienter. Studien viser også at faglige diskusjoner på arbeidsplassen kan ha sammenheng med jobbtilfredshet.



«Studien viser også at faglige diskusjoner på arbeidsplassen kan ha sammenheng med jobbtilfredshet.»

Kunnskap ved bruk av MEWS

Samhandlingsreformen medfører raskere utskriving fra sykehus, og dermed har flere og sykere pasienter behov for oppfølging i kommunehelsetjenesten (1–5). Det stiller høyere krav til kompetanse, både på sykehjem og i hjemmesykepleien.

God faglig kompetanse gir kvalitativ bedre pasientbehandling (17). I utgangspunktet har sykepleiere høyere kompetanse enn helsefagarbeidere til å møte denne endringen i kommunehelsetjenesten, men det er vanskelig å rekruttere nok sykepleiere der (16).

Etter at samhandlingsreformen ble innført, jobber sykepleiere mindre pasientnært og er mer presset på tid (4). Dermed er man mer avhengig av at medarbeidere uten bachelorutdanning er kompetente til å gjøre flere observasjoner enn før.

En rapport fra Vestlandet om konsekvenser etter innføringen av samhandlingsreformen viser at helsefagarbeidere får oppgaver som helsearbeidere med høyere utdanning utførte før reformen (25).

Vår studie viser at helsearbeidere uten bachelorutdanning i større grad enn helsearbeidere med bachelorutdanning rapporterte at de fikk kunnskap til å gjøre flere og/eller andre observasjoner etter kurset. Og med felles validerte verktøy, slik som MEWS og ISBAR, beregnet til bruk for helsearbeidere generelt, kan sykepleiere delegerer arbeidsoppgaver samtidig som helsearbeiderne har et felles kommunikasjonsverktøy.



«Det er interessant at det er helsearbeiderne på sykehjem som ble tryggere i tiltaksprioriteringen etter kurset.»

Dessuten viser tidligere forskning at MEWS kan egne seg til bruk på steder der det er få ansatte med høyere utdanning, og der helsearbeidere har begrenset med erfaring (13).

Erfaringer med MEWS på sykehjem og i hjemmesykepleie

Det er interessant at helsearbeiderne på sykehjem i signifikant større grad enn helsearbeiderne i hjemmesykepleien erfarte at MEWS fanger opp endring i pasientens tilstand, og at det også er helsearbeiderne på sykehjem som ble tryggere i tiltaksprioriteringen etter kurset.

Vi undrer på om dette kan ha sammenheng med at helsearbeiderne i hjemmesykepleien arbeider mer alene enn de på sykehjem (26), møter utfordrende og akutte situasjoner alene og derfor i større grad har fått erfaring med å stole på «det kliniske blikket» (8) fremfor standardiserte observasjonsverktøy.

Dessuten legger kurskonseptet ALERT vekt på at kombinasjonen av «klinisk blikk» og systematisk kartlegging øker sannsynligheten for at en livstruende tilstand oppdages, slik at tiltak kan iverksettes (8, 15). Litteratur understreker nødvendigheten å kartlegge systematisk i utøvelsen av sykepleie (11).

Erfaringer med MEWS og utdanning

Det er verdt å merke seg at helsearbeidere med kortere erfaring (<1-4 år) i signifikant større grad enn helsearbeidere med lengre erfaring rapporterte at ALERT-kurset bidro til at de følte seg tryggere på å prioritere tiltak i møte med kritisk syke pasienter.

Benner (1996) hevder at man har fem utviklingstrinn innen klinisk sykepleie, og at det tar omtrent fem år før man har nok erfaring til å være selvstendig, rask og sikker på egen vurdering. Hun sier videre at ved lavere utdanning og/eller liten erfaring vil man være avhengig av regler og prosedyrer for å kunne bruke ferdighetene på en tilfredsstillende måte (27).

At det er helsearbeidere med kortere erfaring og utdanning som i størst grad rapporterte om større trygghet etter ALERT-kurset, kan tenkes å ha sammenheng med Benners teori og behovet for regler og prosedyrer. Gjennom kurset fikk de opplæring i nyttige verktøy for å vurdere kritisk syke pasienter.



«Helsearbeiderne rapporterte at de ble tryggere i samarbeidet med legen, legevakten og andre nivåer i helsetjenesten når de brukte ISBAR og MEWS.»

ALERT-konseptet handler i stor grad om å være i forkant, å forebygge istedenfor å behandle, altså være proaktiv. Det å jobbe proaktivt er et av hovedbudskapene i samhandlingsreformen for å sikre gode pasientforløp (1).

Erfaringer med MEWS og tverrfaglig arbeid

Fastlegen og sykehjemslegen har også sentrale roller i pasientforløpet. Helsearbeiderne i vår studie rapporterte at de etter opplæringen oftere kontaktet legen for å avklare pasientens tilstand og eventuell behandling.

Helsearbeiderne rapporterte videre at de ble tryggere i samarbeidet med legen, legevakten og andre nivåer i helsetjenesten når de brukte ISBAR og MEWS. Helsearbeidernes erfaringer med å bruke MEWS og ISBAR reflekterer at det er viktig å ha et felles rapporteringssystem, og at vi må snakke samme språk på tvers av behandlingsnivåer.

Erfaringer med MEWS og jobbtilfredshet

I likhet med andre studier viser også studien vår at helsearbeidere har høy jobbtilfredshet (19, 28, 29). Studien vår peker også på at erfaringer etter opplæring i ALERT bidrar til jobbtilfredshet. Riktignok viser en nyere studie at «muligheten for å lære nye ting» ikke har betydning for jobbtilfredsheten (28).

Bjørk bekrefter dette i studien sin, der sykepleiere som var med i et «klinisk stige»-program, ikke rapporterte mer jobbtilfredshet enn dem som ikke deltok i dette programmet (29). Funn i vår studie antyder at mer kompetanse og det å ha mulighet til å ha flere faglige diskusjoner på arbeidsplassen, har en signifikant påvirkning på jobbtilfredsheten.

Imidlertid peker en forklart varians på kun 13 prosent på at det er en rekke andre faktorer som også bidrar til jobbtilfredshet. Disse andre faktorene kan blant annet være mulighet for samarbeid med andre profesjoner, mulighet for et godt kollegafellesskap, mulighet for og frihet til å bruke sine ferdigheter, mulighet for autonomi i arbeidet og mulighet for å ha pasientkontakt og gode arbeidsvilkår (18–20).

Styrker og begrensninger

En styrke i denne studien er at alle som hadde vært på kurs, uavhengig av erfaring og utdanning, ble invitert til å delta. Det er viktig å undersøke alle ansattes erfaringer, da MEWS og ISBAR er verktøy som skal kvalitetssikre observasjoner, uavhengig av erfaringsbakgrunnen til helsearbeideren som utfører dem.

En begrensning i studiens validitet og reliabilitet er at spørreskjemaet om ALERT ikke ble validert. En svarrespons på 59 prosent anses i metodelitteraturen for å være tilfredsstillende (30), men på den annen side er det en betydelig andel som ikke har svart.

Andelen som ikke har svart, kan være enkeltansatte på ulike arbeidssteder eller de som er mest negative til opplæringen. Det kan også være en kombinasjon av disse to faktorene. Det må også nevnes at utfordringer på noen av tjenestestedene har bidratt til at mer eller mindre alle på enkelte arbeidsplasser ikke har svart.

En fullstendig oversikt over alle som hadde gjennomgått kurset og hvem av dem som fikk spørreskjemaet, ville ha gjort det mulig å utføre bortfallsanalyse. En slik analyse kunne ha styrket studiens representativitet.

Som en styrke må det nevnes at førsteforfatteren er ALERT-instruktør, noe som var avgjørende for valget av tema. Kjennskapet til ALERT-konseptet bidro til at det var lettere å forstå resultatene og diskutere dem. Førsteforfatteren har ikke vært ALERT-instruktør i kommunen undersøkelsen er utført i, og har heller ikke hatt direkte kontakt med deltakerne i studien.

For å se på sammenhengen mellom ALERT-opplæring og jobbtilfredshet kunne andre faktorer vært interessante å spørre om, slik som hvor ofte MEWS og ISBAR har vært benyttet etter opplæringen.

Det kunne videre vært interessant å utføre undersøkelsen ved pretest-posttest-design for å kunne måle hvor hyppig MEWS og ISBAR ble brukt før og etter opplæringen. En slik måling ville vært avhengig av om det er aktuelle situasjoner å bruke verktøyene i.

Konklusjon

Helsearbeiderne rapporterte om gode erfaringer med å bli undervist i systematisk observasjons- og kommunikasjonsverktøy. Helsearbeidere generelt etterspør ofte muligheten for faglig utvikling grunnet samhandlingsreformens krav om økt kompetanse.

I vår studie er det holdepunkter for at ALERT-opplæringen har bidratt til at helsearbeiderne mener at de har blitt tryggere når de observerer og behandler kritisk syke. Videre kan vi med forsiktighet antyde at kompetansehevingstiltaket ser ut til å ha en sammenheng med jobbtilfredsheten.



«Helsearbeiderne rapporterte om gode erfaringer med å bli undervist i systematisk observasjons- og kommunikasjonsverktøy.»

For å lykkes med samhandlingsreformen bør både kommune- og spesialisthelsetjenesten satse videre på systematiske kompetansehevingstiltak. Ikke minst bør de undersøke videre effekten av slike tiltak, både på pasientbehandlingen og de ansattes jobbtilfredshet.

ALERT-konseptet synes å være et godt hjelpemiddel som andre kommuner bør vurdere å bruke. Konseptet bør også være aktuelt å benytte i ulike helseutdanninger samt inngå som en del av opplæringen av nytilsatte helsearbeidere i ulike helseinstitusjoner.

Det kan også være nyttig at leger inngår i opplæringen i de ulike institusjonene for å bedre samhandlingen og «snakke samme språk». Til slutt må vi nevne at det nå er konseptet ProACT (8, 9) som benyttes mest på sykehus og i kommuner i Norge.

Da denne undersøkelsen ble gjennomført, var undersøkelseskommunen i en overgangsfase mellom ALERT- og ProACT-konseptene. Helsearbeidere som har deltatt på ALERT-kurs, har ikke behov for nytt kurs ettersom konseptene legger like mye vekt på observasjon, kommunikasjon og handlingsberedskap.

Konseptene har også tilnærmet samme oppbygging av kursinnholdet. Kursdeltakerne vil likevel ha nytte av et oppfriskningskurs.

Referanser

1. St.meld. nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf> (nedlastet 13.09.2014).
2. Haukelien H, Vike H, Vardheim I. Samhandlingsreformens konsekvenser i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Sykepleieres erfaringer. Bø i Telemark: Telemarksforskning; 2015. Rapport nr. 362. Tilgjengelig fra: <https://www.telemarksforskning.no/publikasjoner/samhandling-sreformens-konsekvenser-i-de-kommunale-helse-og-omsorgstjenestene/2794/> (nedlastet 02.10.2016).
3. Norheim KH, Thoresen L. Sykepleiekompetanse i hjemmesykepleien – på rett sted til rett tid? Sykepleien Forskning. 2015;10(1):14–22. DOI: [10.4220/Sykepleienf.2015.53343](https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2015.53343)
4. Gautun H, Syse A. Samhandlingsreformen. Hvordan tar de kommunale helse- og omsorgstjenestene imot det økte antallet pasienter som skrives ut fra sykehusene? Norsk institutt for forskning om oppvekst. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus; 2013. NOVA-rapport 8/13. Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2013/Sa-mhandlingsreformen> (nedlastet 09.11.2014).

5. Grimsmo A. Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? Sykepleien Forskning. 2013;2(13):148–55. DOI: [10.4220/sykepleienf.2013.0053](https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0053)
6. Bakker AB, Demerouti E. The job-demand resources model: state of the art. Managerial Psychology. 2007;22(3):309–28. DOI: [10.1108/02683940710733115](https://doi.org/10.1108/02683940710733115)
7. Koy V, Yunibhand J, Angsuroch Y, Fisher M. Relationship between nursing care quality, nurse staffing, nurse job satisfaction, nurse practice environment, and burnout: literature review. International Journal of Research in Medical Sciences. 2015;3(8)1825–31. DOI: [10.18203/2320-6012.ijrms20150288](https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20150288)
8. Andersson C, Cekar K, Einarson E, Hvarfner A, Lindby Å, Lindgren P, red. ProACT – forebygge og behandle livstruende tilstander. 1. utg. Lund: Studentlitteratur; 2015.
9. ProActcourse 2019 Tilgjengelig fra: <https://www.proactcourse.org/no/> (nedlastet 17.12.2019).
10. Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, Gemmel L. Validation of a modified early warning score in medical admissions. QJ Med. 2001;(94):521–6.
11. Ludikhuizen J, Smorenburg M, Rooij S, Jonge E. Identification of deteriorating patients on general wards; measurement of vital parameters and potential effectiveness of the Modified Early Warning Score. Journal of Critical Care. 2012;27(4):7–13.
12. Bunkenborg G. In-hospital safety. Prevention of deterioration and unexpected death by systematic and interprofessional early warning scoring. (Doktoravhandling.) Malmö: Lund universitet; 2013.
13. Burch VC, Tarr G, Morroni C. Modified early warning score predicts the need for hospital admission and inhospital mortality. Emerg Med J. 2008;25(10):674–8.
14. ALERT – Acute Life-Threatening Events: Recognition & Treatment. Tilgjengelig fra: <http://www.alert-course.com/> (nedlastet 15.02.2018).
15. Smith G. ALERT – Acute life-threatening events recognition and treatment. Portsmouth Hospital NHS Trust, Intensive Care Society, Universitetssjukehuset i Lund; 2000.

16. Gautun H, Øien H, Bratt C. Underbemanning er selvforsterkende. Konsekvenser av mangel på sykepleiere i hjemmesykepleien og sykehjem. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Høgskolen i Oslo og Akershus; 2016. Tilgjengelig fra: <http://www.hioa.no/Om-HiOA/Senter-for-velferds-og-arbeidslivsforskning/NOVA/Publikasjoner/Rapporter/2016/Underbemanning-er-selvforsterkende> (nedlastet 14.05.2016).
17. Aiken LH, Sermeus W, Van Den Heede K, Sloane DM, Busse R, McKee M et al. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *BMJ*. 2012;344:e1717. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e1717>
18. DeCola PR, Riggings P. Nurses in the workplace: expectations and needs. *International Nursing Review*. 2010;57(3);335-42. DOI: [10.1111/j.1466-7657.2010.00818.x](https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2010.00818.x)
19. Halvorsrud L, Kuburović J, Andenæs R. Jobbtilfredshet og livskvalitet blant norske hjemmesykepleiere. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*. 2017;13(1). DOI: [10.7557/14.4119](https://doi.org/10.7557/14.4119)
20. Caers R, DuBois C, Jegers M, De Gieter S, De Cooman R, Pepermans R. Measuring community nurses' job satisfaction: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2008;62(5):521-9. DOI: [10.1111/j.1365-2648.2008.04620.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04620.x)
21. Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*. 1979;52(2):129-48.
22. Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Østfold. På Alerten – samhandling om kompetanse. Oslo; 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.utviklingssenter.no/paa-alerten-samhandling-om-kompetanse.5150085-179690.html> (nedlastet 01.11.2017).
23. Field A. *Discovering statistics using SPSS: (and sex, drugs and rock 'n' roll)*. London: Sage Publications; 2005.
24. IBM Corp. *IBM SPSS Statistics for Windows, Versjon 23.0*. Armonk, NY: IBM Corp; 2014.

25. Øyen KR, Corneliussen HG, Sunde OS, Mittermeier E, Strand GL, Solheim M, et al. Hvordan har hjemmetjenesten i Sogn og Fjordane tilpasset seg samhandlingsreformen. Høgskulen i Sogn og Fjordane, 2015. Tilgjengelig fra: <https://www.vestforsk.no/nn/publication/hvordan-har-hjemmetjenestene-i-sogn-og-fjordane-tilpasset-seg-samhandlingsreformen> (nedlastet 07.11.2017).
26. Fjørtoft A-K. Hjemmesykepleie: ansvar, utfordringer og muligheter. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget; 2016.
27. Benner P, Tanner CA, Chelsea CA. Expertise in nursing practise caring. Clinical Judgement, and Ethics. New York: Springer Publishing Company; 1996.
28. Andresen IH, Hansen T, Grov EK. Norwegian nurses' quality of life, job satisfaction, as well as intention to change jobs. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2016;37(2): 90-9.
29. Bjørk IT, Samdal GB, Hansen BS, Tørstad S, Hamilton GA. Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: a questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 2007;(44):747-57.
30. Johannessen A, Tufte PA, Christoffersen L. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 4. utg. Oslo: Abstrakt forlag; 2010.